



ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen
28. Kalenderwoche (8.7. bis 14.7.2024)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Seit einigen Wochen liegt die ARE-Aktivität insgesamt auf einem vergleichsweise hohen Niveau für diese Jahreszeit, ist aktuell jedoch nicht weiter angestiegen. Das ARE-Geschehen wird hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt. In den meisten Systemen wurde eine weitere Zunahme der SARS-CoV-2-Aktivität beobachtet, in einigen Systemen kam es zu einer Stagnation der Werte. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegsinfektionen bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau, COVID-19 wurde vorwiegend bei älteren SARI-Patientinnen- und -Patienten diagnostiziert. Die Sommerferien in mehreren Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität und die Surveillance-Systeme haben.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 28. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 28. KW im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben.

Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 28. KW 2024 in insgesamt 44 der 87 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Rhinoviren (21 %) und SARS-CoV-2 (17 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; 6 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 5 %) sowie Adenoviren (3 %). Influenzaviren, humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 28. KW nicht nachgewiesen.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 28. KW 2024 leicht gesunken. Der Anteil der COVID-19-Diagnosen bei SARI-Patientinnen und -Patienten blieb relativ stabil und lag in der 28. KW bei 7 %.

Die Zahl der an das RKI übermittelten COVID-19 Fälle ist in der 28. Meldewoche (MW) im Vergleich zur 27. MW gestiegen.

Im Abwassermonitoring zeigt die aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast weiterhin einen steigenden Trend.

Weitere Informationen zur Saison 2023/24 in Deutschland

- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: FAQ „Wie kann ich mich und andere vor Ansteckung durch respiratorische Viren schützen?“:

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#FAQId16765454.

- Zeitraum der Grippewelle: 50. KW 2023 bis 12. KW 2024 (Dauer: 15 Wochen)
- Zeitraum der RSV-Welle: 47. KW 2023 bis 10. KW 2024 (Dauer: 16 Wochen)
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) (Stand 15.7.2024), ergänzt um Hinweise zu einer intensivierten Surveillance bei hospitalisierten Influenzapatienten während der Sommermonate: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Z/ZoonotischeInfluenza/ZoonotischeInfluenza.html>

Internationale ARE-Situation bei COVID-19-, Influenza- und RSV-Infektionen

- European Respiratory Virus Surveillance Summary (Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Daten zu Influenza, RSV und COVID-19): <https://erviss.org/>
- WHO-Updates (Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

Akute Atemwegserkrankungen (ARE) – Syndromische Sentinel-Surveillance

Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 28. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche gesunken und lag insgesamt bei rund 4.900 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 6.000; Abb. 1). Dabei sind die Werte in fast allen Altersgruppen gesunken, bei den Schulkindern sind sie stabil geblieben. Die aktuelle ARE-Inzidenz (gesamt) entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,1 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland. Die Werte sind aktuell höher als in den meisten Vorsaisons um diese Jahreszeit.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden blieb in den letzten drei Wochen relativ stabil bei rund 600 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

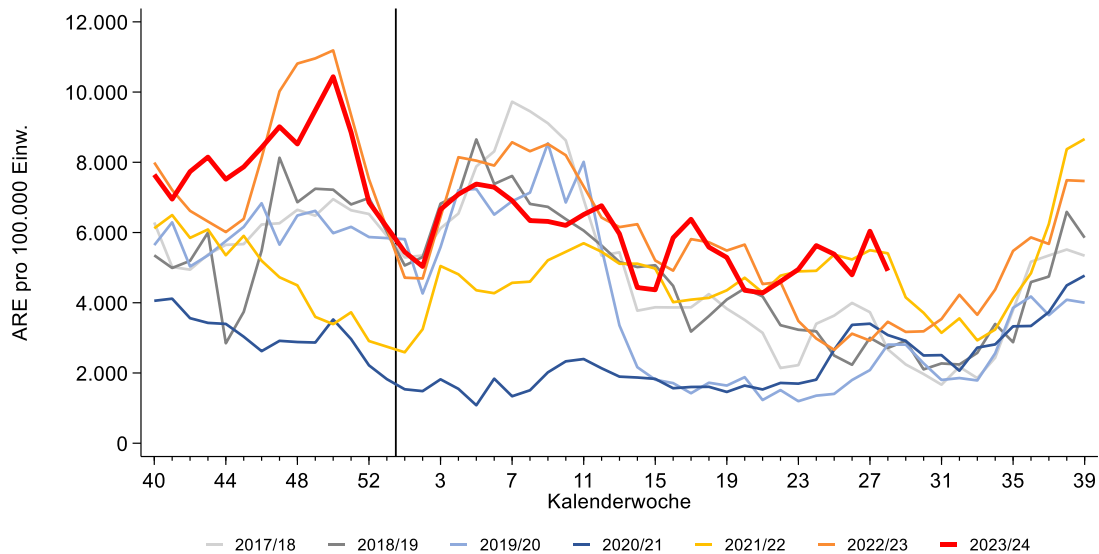


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 28. KW 2024). In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 28. KW 2024 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (Abb. 2). Die ca. 1.000 Arztbesuche wegen ARE pro 100.000 Einw. in der 28. KW 2024 ergeben auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von rund 800.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

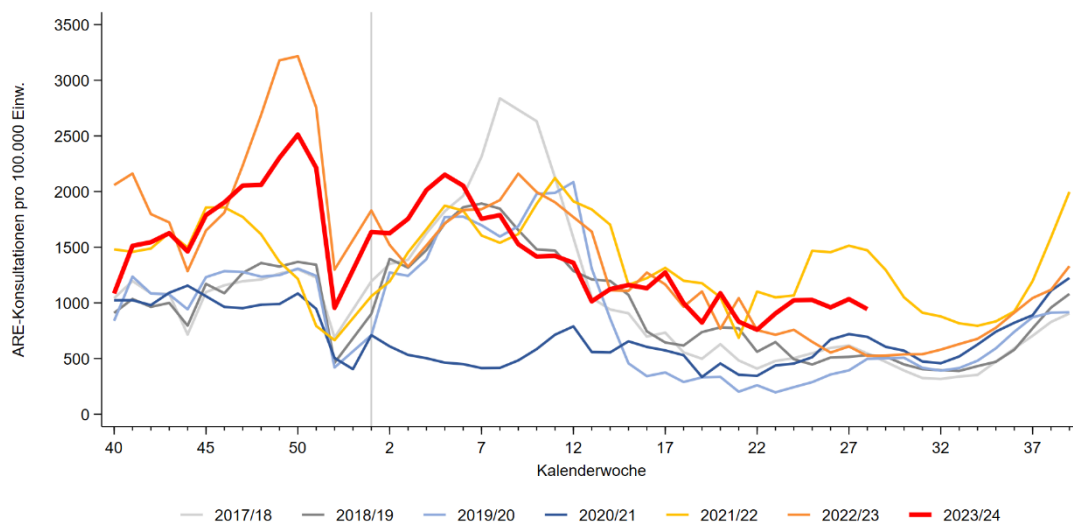


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 28. KW 2024). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Sommerferien in mehreren Bundesländern können einen Einfluss auf die ARE-Aktivität haben (Feriendichte in der 28. KW: 42 %, Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte/>). Die Zahl der Konsultationen wegen ARE in der aktuellen Berichtswoche ist im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern bis 14 Jahre gesunken und bei den ab 15-jährigen stabil geblieben (Abb. 3).

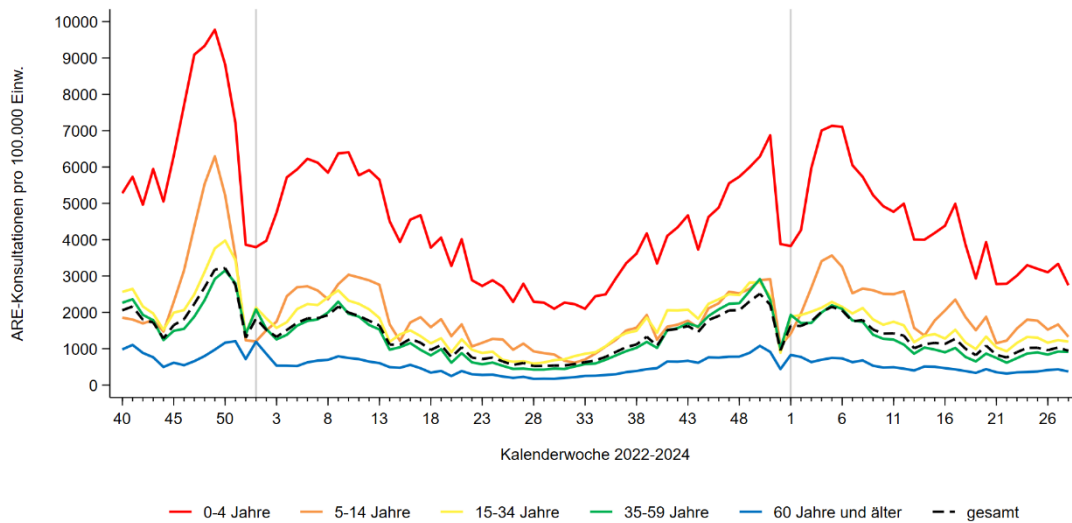


Abb. 3: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2022 bis zur 28. KW 2024 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED^{ARE} wöchentlich berechnet werden, ist in den letzten Wochen insbesondere bei den Erwachsenen auf niedrigem Niveau leicht angestiegen. Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

Virologische Analysen von Atemwegserregern

Virologische Sentinel-Surveillance im ambulanten Bereich (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 28. KW 2024 insgesamt 87 Sentinelproben von 39 Arztpraxen aus zehn der zwölf AGI-Regionen zugesandt. In insgesamt 44 (51 %) der 87 eingesandten Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1).

In der 28. KW 2024 zirkulierten hauptsächlich Rhinoviren (Positivenrate (PR) 21 %) und SARS-CoV-2 (PR 17 %), gefolgt von Parainfluenzaviren (PIV; PR 6 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; PR 5 %) sowie Adenoviren (PR 3 %). Influenzaviren, humane saisonale Coronaviren (hCoV) und Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in der 28. KW nicht nachgewiesen.

SARS-CoV-2 wurde vorrangig bei ARE-Patientinnen und -Patienten ab 15 Jahren nachgewiesen. Rhinoviren wurden in allen Altersgruppen detektiert, überwiegend bei den 0- bis 1-jährigen.

Tab. 1: Anzahl und Positivenrate (in %) der im NRZ für Inflenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2023/24 (ab 40. KW 2023), Stand 16.7.2024.

	24. KW	25. KW	26. KW	27. KW	28. KW	Gesamt ab 40. KW 2023
Anzahl eingesandter Proben*	100	105	92	113	87	7.575
Probenanzahl mit Virusnachweis	61	60	43	58	44	4.662
Anteil Positive	61 %	57 %	47 %	51 %	51 %	62%
Influenza						
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0	8
A(H ₃ N ₂)	0	0	0	1	0	55
A(H ₁ N ₁)pdm09	0	1	0	0	0	1.128
B(Victoria)	0	0	2	0	0	188
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	2	11	11	15	15	799
RSV	1	0	0	0	0	559
hMPV	11	4	2	5	4	208
PIV (1 – 4)	8	9	6	9	5	312
Rhinoviren	32	39	24	29	18	1.395
hCoV	5	1	0	1	0	348
Adenoviren**	11	3	4	4	3	293

* Die Anzahl der eingesandten Proben kann von der Summe der negativen und positiven Proben abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** nicht untersucht von der 40. KW 2023 bis zur 44. KW 2023; die Untersuchungen wurden erst in der 45. KW 2023 aufgenommen

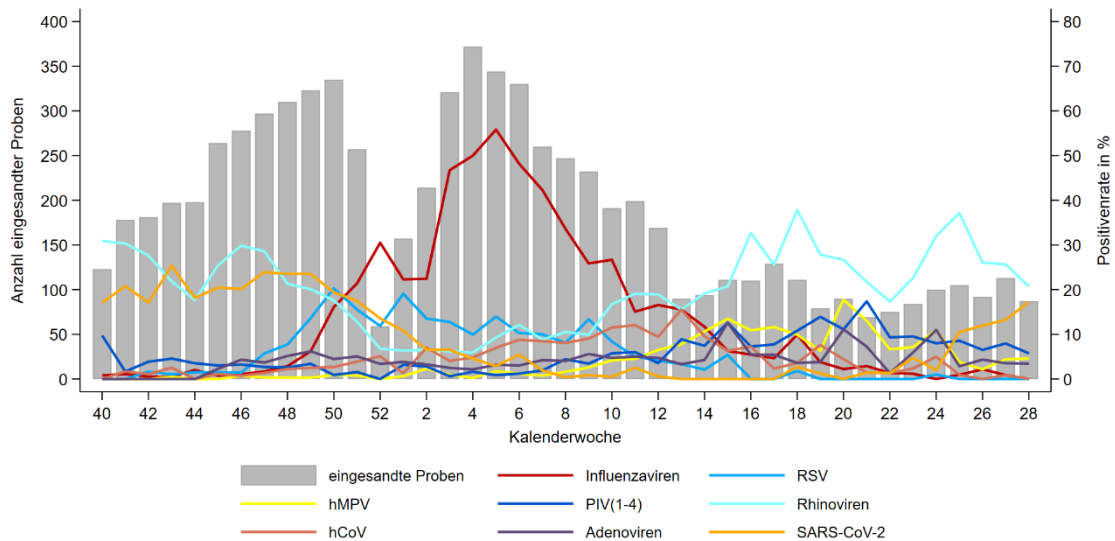


Abb. 4: Anteil der Nachweise für Inflenzaviren, hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adeno- und Rhinoviren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2023 bis zur 28. KW 2024.

Ergebnisse der Untersuchungen des NRZ für Inflenzaviren zu den zirkulierenden Viren, einschließlich der Analysen zur Passgenauigkeit der Impfstämme wurden während der Grippewelle regelmäßig veröffentlicht und sind abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2023_24.html.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Inflenzaviren sind abrufbar unter www.rki.de/nrz-influenza.

In eigener Sache: Trotz der Ferienzeit bitten wir alle an der virologischen Sentinelsurveillance beteiligten Praxen, weiterhin kontinuierlich Patientinnen und Patienten mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion zu beproben, um Änderungen der ARE-Aktivität bezüglich der verursachenden viralen Erreger besser einschätzen zu können.

Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Bis auf Weiteres wird an dieser Stelle im zweiwöchigen Rhythmus über die Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland berichtet. Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sowie Informationen und detaillierte Darstellungen zu den Varianten, die als besorgniserregend eingestuft sind (Variants of Concern; VOC) oder unter Beobachtung stehen (Variants of Interest; VOI und Variants under Monitoring; VUM), sind weiterhin im Dashboard abrufbar unter:

https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) lag die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den Vorwochen etwas über den in den Vorjahren während der Sommerzeit beobachteten Werten. Nachdem die Inzidenz seit Mitte Mai weitestgehend stabil geblieben war, ist sie in der 27. und 28. KW 2024 leicht zurückgegangen. Insgesamt bleibt die SARI-Inzidenz weiterhin auf einem niedrigen Niveau (Abb. 5)

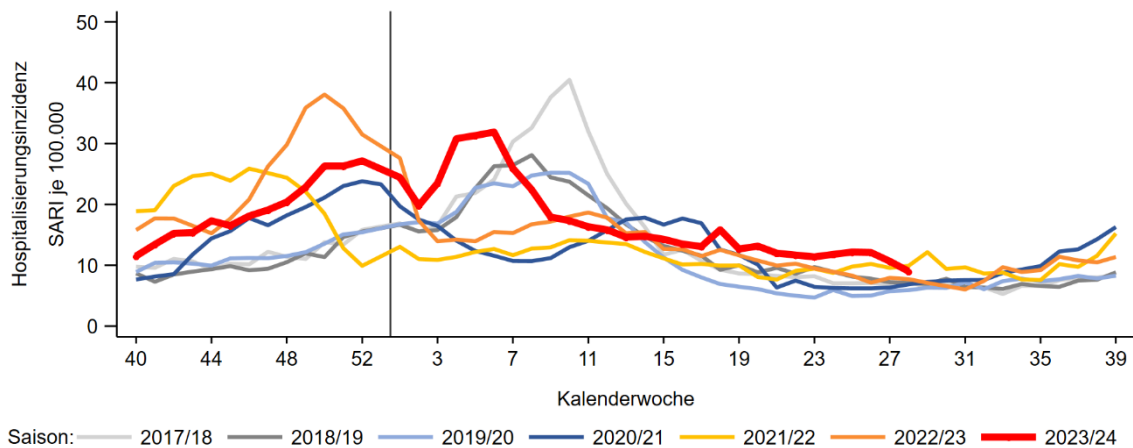


Abb. 5: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 28. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 28. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre) stabil geblieben, in den übrigen Altersgruppen jedoch meist leicht gesunken. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist die SARI-Inzidenz stark gesunken, liegt jedoch weiterhin über den üblicherweise im Sommer beobachteten Werten. In den Altersgruppen der Schulkinder und der jungen Erwachsenen (5 bis 14 Jahre, 15 bis 34 Jahre) wurden seit der 20. KW 2024 deutlich höhere SARI-Fallzahlen beobachtet als in den Vorjahren zu dieser Zeit. In den übrigen Altersgruppen befanden sich die SARI-Fallzahlen jedoch auf einem niedrigen Niveau (Abb. 6).

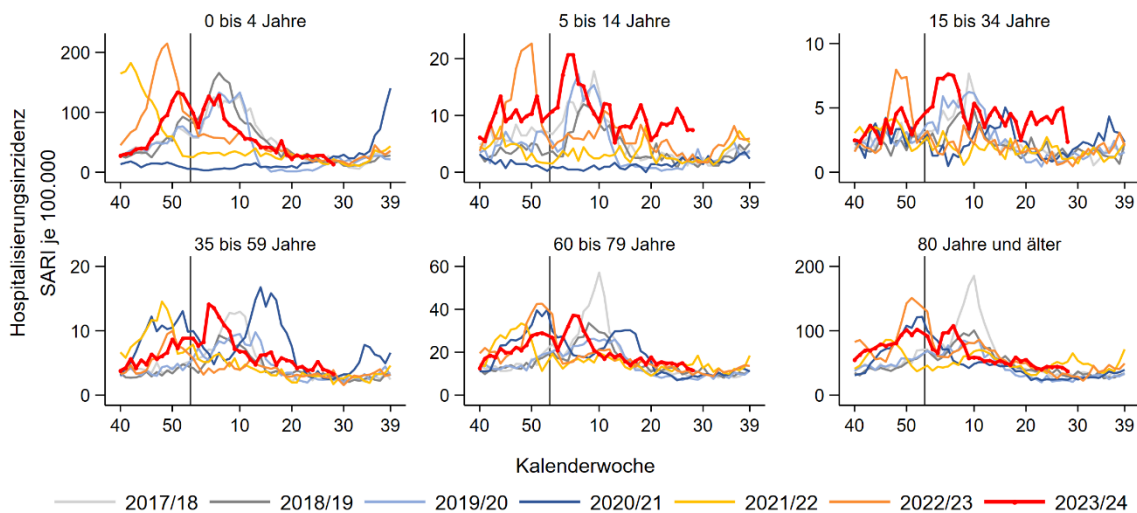


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 28. KW 2024), Daten aus 70 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

In der 28. KW 2024 erhielten 7 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose. Der Anteil von COVID-19-Diagnosen an allen SARI-Fällen ist ab der 24. KW 2024 etwas angestiegen, blieb aber bisher unter 10 %. In den letzten Wochen wurden COVID-19-Diagnosen überwiegend in den Altersgruppen ab 35 Jahren vergeben, insbesondere bei den ab 80-jährigen. Es wurden in der 28. KW keine Influenza- oder RSV-Erkrankungen bei SARI-Patientinnen- und -Patienten diagnostiziert (Abb. 7).

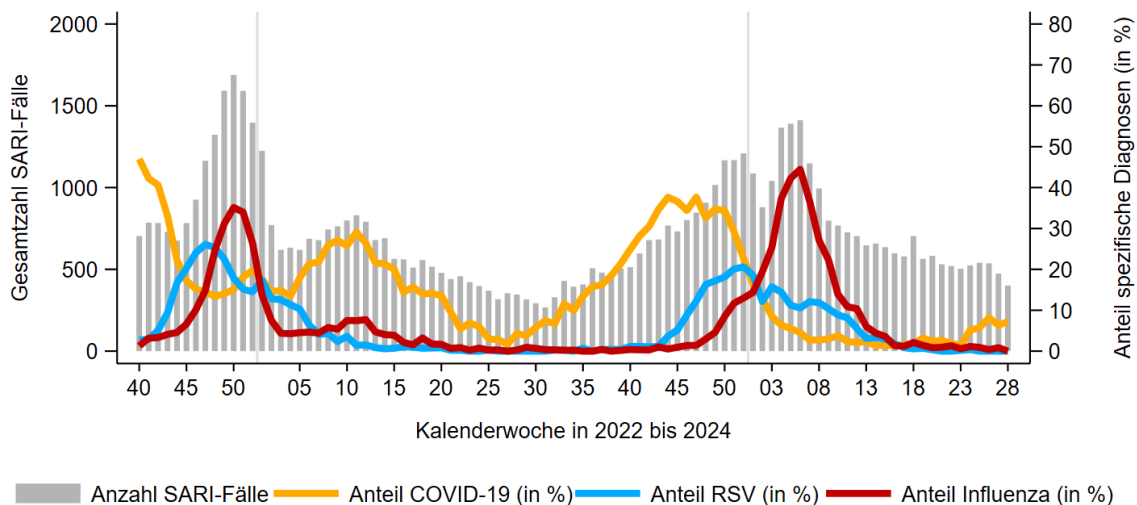


Abb. 7: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2022 bis zur 28. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken. Für die letzten Wochen ist noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

In Abb. 8 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. Seit der 13. KW 2024 war die Inzidenz intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle vergleichsweise niedrig und es wurden nur noch vereinzelt krankheitsspezifische Diagnosen vergeben. Seit der 24. KW 2024 wurden wieder etwas mehr COVID-19-Erkrankungen diagnostiziert, insgesamt jedoch weiterhin auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. So erhielten sechs (14 %) der intensivpflichtigen SARI-Fälle in der 28. KW 2024 eine COVID-19-Diagnose.

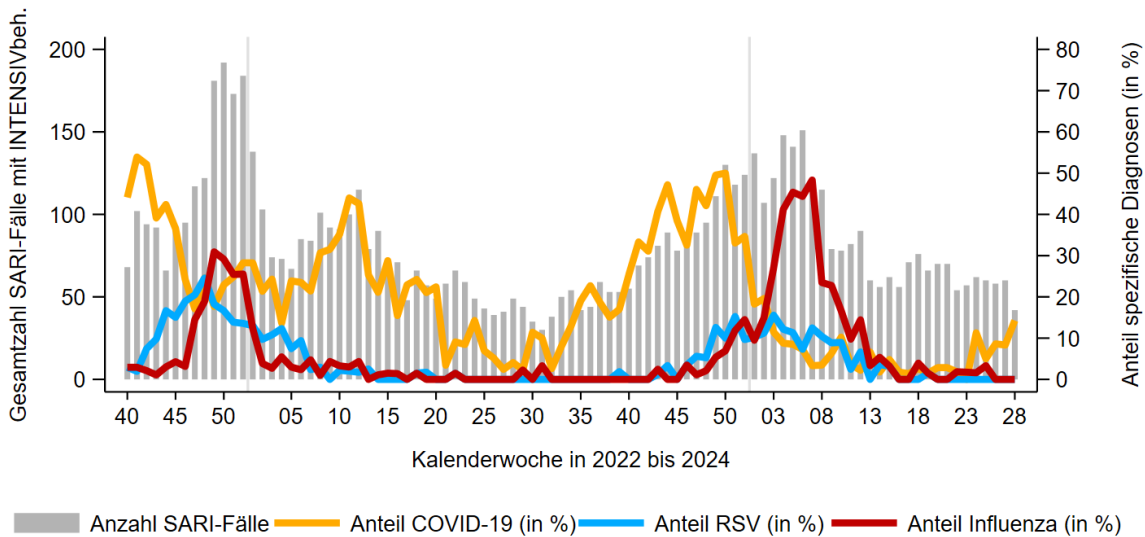


Abb. 8: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2022 bis zur 28. KW 2024 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 70 Sentinelkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um eine Auswertung vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Influenza

Für die 28. MW 2024 wurden bislang insgesamt 97 Fälle mit Influenzavirusinfektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitionskategorien B – E) entsprechen. Alle 97 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 2). Bei 20 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde für die 28. MW 2024 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 16.7.2024). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 214.278 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Hiervon entfallen 213.526 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 44.367 (21 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Seit der 40. MW 2023 wurden 1.125 Todesfälle (+ 1 zur Vorwoche) mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Der neu hinzugekommene Todesfall war eine Nachmeldung aus der Vorwoche. Von 1.124 Todesfällen mit Angabe zum Alter gehörten 89 % zur Altersgruppe ab 60 Jahre, 9 % zur Altersgruppe 35 bis 59 Jahre.

Tab. 2: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzaty/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorien C-E)

	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	28. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
Influenza A (nicht subtypisiert)	88	85	74	74	54	62	181.784
A(H1N1)pdm09	5	2	1	4	4	2	6.031
A(H3N2)	2	2	0	0	3	1	143
nicht nach A / B differenziert	4	4	10	4	2	8	5.013
B	96	65	67	57	34	24	20.555
Gesamt	195	158	152	139	97	97	213.526
Hospitalisierte Fälle	38	35	38	38	30	20	44.367

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

COVID-19

Für die 28. MW 2024 wurden bislang 4.292 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition (laborbestätigt mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 1.306 (30 %) Fällen wurde für die 28. MW angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 16.7.2024). In der 28. MW sind die Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche gestiegen.

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 355.167 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Bei 120.974 (34 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Es wurden 6.785 (+ 31 zur Vorwoche) Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt, 96 % der Verstorbenen waren 60 Jahre oder älter.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen)

	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	28. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
SARS-CoV-2	1.194	1.706	2.645	3.453	3.608	4.292	355.167
Hospitalisierte Fälle	375	560	923	1.166	1.129	1.306	120.974

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

RSV-Infektionen

Für die 28. MW 2024 wurden bislang insgesamt 28 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) entsprechen. Alle 28 Fälle entfallen auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 4). Die Fallzahlen befinden sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Bei elf Fällen (39 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 28. MW 2024 angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 16.7.2024).

Seit der 40. MW 2023 wurden insgesamt 57.533 Fälle, die der Referenzdefinition entsprechen, übermittelt. Darunter entfallen 17.551 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen. Bei 11 (31 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren.

Daten zu Todesfällen mit RSV-Infektion werden derzeit noch validiert und deshalb hier nicht berichtet.

Tab. 4: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	23. MW	24. MW	25. MW	26. MW	27. MW	28. MW	Gesamt ab 40. MW 2023
RSV	61	40	35	36	45	28	57.488
Hospitalisierte Fälle	11	17	15	11	16	11	17.551

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Abwassermonitoring von SARS-CoV-2

Die Abb. 9 zeigt den Verlauf der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser. Seit Mitte Mai 2024 (20. KW) ist ein Anstieg der aggregierten Viruslast zu beobachten. In der 28. KW lagen Daten aus 101 Kläranlagen vor. Die Entwicklung der letzten Wochen kann sich aufgrund von Nachmeldungen noch verändern, insbesondere, wenn Standorte mit einer hohen Anzahl an angeschlossenen Einwohnern nachmelden.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.rki.de/abwassersurveillance>.

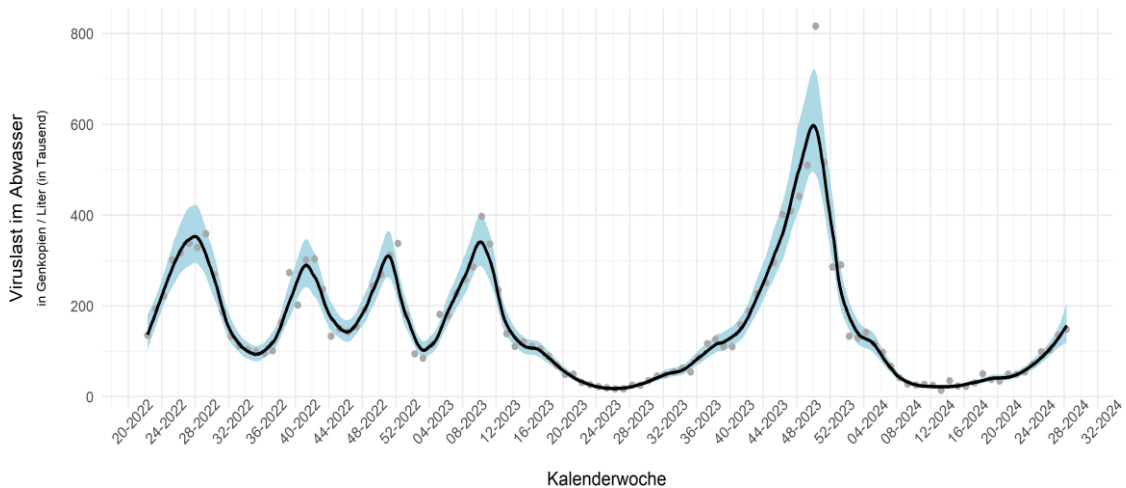


Abb. 9: Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punkweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 16.7.2024, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (10.7.2024, 28. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Daten weiterer Standorte werden nachgeliefert.

Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt: <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut/>.

So werden zum Beispiel die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, sowie im ambulanten und stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 5 und 6 im ARE-Wochenbericht) wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts
- Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340315> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/ARE-Konsultationsinzidenz>
- Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8382330> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/SARI-Hospitalisierungsinzidenz>

Die grafische Aufbereitung der Daten ist im ARE-Dashboard realisiert (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags), abrufbar unter: <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.de/de>.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC.

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: <http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage>.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter <https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome> zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über SurvStat@RKI individuell abfragbar: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/SurvStat/survstat_node.html.

Die Daten des COVID-19 Impfquotenmonitorings stehen wöchentlich dienstags aktualisiert auf der RKI-Webseite bereit: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html.

Autoren und Redaktionsteam:

Buda S, Dürwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Gvaladze T, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Preuß U, Prahm K, Krupka S, Haas W

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 28/2024 | DOI: 10.25646/12245